

Konjenital Servikal Teratom; Prenatal Tanı ve Yaklaşım

CONGENITAL CERVICAL TERATOMA; PRENATAL DIAGNOSE AND MANAGEMENT

Dr. Sadettin GÜNGÖR,^a Dr. Cihangir Mutlu ERCAN,^a Dr. İskender BAŞER,^a Dr. Seyit Temel CEYHAN,^a
Dr. Suzi DEMİRBAĞ^b

^aKadın Hastalıkları ve Doğum AD, ^bPediyatrik Cerrahi AD, GATA, ANKARA

Özet

Konjenital servikal teratomlar çocukluk çağında rastlanılan tüm teratom olgularının %3'ü olup nadiren saptanırlar. Çoğunluğu benign tabiatına olmasına karşın, neonatal mortalite teratomun bası etkisi ile oluşturabileceği solunum yetmezliğine bağlı gelişebilir. Doğru tanı perinatal dönemde yapılan sonografik inceleme ile konulabilir. Görüntüleme yöntemleri ile erken tanıya gidilmesi, doğum planlaması ve postpartum olguların yönetiminde en önemli aşamadır. Olgumuz prenatal dönemde servikal teratom tanısı alan olgulara multidisipliner yaklaşımın gerekliliğini vurgulamaktadır. Antenatal takipleri aşamasında sonografik olarak servikal teratom tanısı olarak postnatal dönemde başarı ile tedavi edilen bir konjenital servikal teratom olgusu dört boyutlu sonografik görüntüleri eşliğinde sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Konjenital servikal teratom,
prenatal ultrasonografi, multidisipliner yaklaşım

Abstract

Congenital cervical teratomas are rare pathologies which represent 3% of all teratomas present in childhood. Although most of them are benign, mortality can appear due to respiratory distress. The proper diagnosis can be made by ultrasound investigation on the prenatal period. Imaging investigation is of utmost importance for delivery planning and postpartum treatment. It emphasizes the necessity of a multidisciplinary team-approach when the diagnose is confirmed as cervical teratoma prenatally. We present a case of neonatal cervical teratoma detected by prenatally by ultrasound supported by four diameter images and treated successfully in the postpartum period.

Key Words: Congenital cervical teratoma,
prenatal ultrasound, multidisciplinary approach

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2005, 15:321-324

Baş ve boyun bölgesinin nadir rastlanılan tümörlerinden olan konjenital servikal teratomlar, tüm teratom olgularının yaklaşık %3'ünü oluşturmaktadır.¹ Bu olgularda larengs ve ana hava yollarına bası oranı oldukça yüksek (%47.6) olup doğum aşamasında müdahale edilmediği takdirde postnatal mortalite ile sonuçlanabilmektedir. Bugün için antenatal takipte ultrasonografinin yaygın olarak kullanılması servikal teratomların erken tanısına olanak sağlamakta ve bu sayede perinatal dönemde gerekli önlemler alınarak hastalar tersiyer merkezlerde

multidisipliner yaklaşımla elektif şartlarda doğum ve neonatlara erken postpartum dönemde müdahale ile survilerine imkan tanınabilmektedir.²

Teratomlar multipotansiyel primitif germ hücrelerinden köken alarak buldukları organdan ayrı tümöral dokular olarak farklılaşırlar.^{1,2} Teratomlar genellikle büyük lezyonlardır. Konjenital servikal teratomların intrauterin dönemde varlığına bağlı oluşacak bası semptomu fetüs da yutma güçlüğü oluşturacağından perinatal dönemde polihidramnios sonografik olarak saptanılacak ilk bulgulardandır. Konjenital servikal teratomlara bağlı perinatal dönemde polihidramnios varlığı %19 oranında bildirilmiştir.^{3,4} Postnatal dönemde yenidoğanda, trakea basısına bağlı oluşabilecek solunum güçlüğü ve hipoksiyi önlemek için yapılması gereken ilk işlem solunum yolunun açılmasıdır. Solunum zorluğu tespit edilen olgularda endotrakeal entübasyon veya trakeotomi yaşamsal

Geliş Tarihi/Received: 29.04.2005 Kabul Tarihi/Accepted: 27.10.2005

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Saadettin GÜNGÖR
GATA
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, ANKARA
sgungor@gata.edu.tr

Copyright © 2005 by Türkiye Klinikleri

öneme sahiptir. Uygun solunum yolu açılmayan ve solunum desteği sağlanamayan servikal teratomlu olgularda ölüm oranı %80-100 arasında değişmektedir.^{1,2,3,4,5}

Aşağıda antenatal sonografik takipleri aşamasında polihidramnios saptanılan ve 38. gebelik haftasında tanısı konularak postnatal dönemde başarı ile tedavi edilen bir konjenital servikal teratomlu olgu iki ve dört boyutlu sonografik ve klinik görüntüleri eşliğinde sunulmuştur.

Olgu Sunumu

Antenatal 29. haftasından itibaren polihidramnios nedeniyle takip edilen birinci çocuğuna 38 haftalık gebeliği olan 24 yaşındaki bir annenin, aynı gebelik haftasında yapılan rutin antenatal sonografik değerlendirmesinde, dört boyut (4D) sonografi ile de doğrulanan boyun orta hattında yerleşim gösteren, çene altından itibaren dışarıya doğru uzanan, posteriora ağız tabanını yukarıya iten, trakea ve özofagusu oblitere eden, alt tarafta sternal çentiğe uzanım gösteren yaklaşık 8 x 5 x 4 cm boyutlarında soliter, kistik ve kalsifiye komponentler içeren, kanlanması zayıf tümoral kitle saptanmıştır. Kistik komponentlerin az oluşu ön tanı olarak bizi kistik hiyromadan uzaklaştırmış ve ön tanımız konjenital servikal teratom lehine olmuştur. (Resim 1, 2) Ailede akraba evliliği hikayesi olmayıp, özgeçmişleri herhangi bir özellik arz etmemektedir. Anne 22. gebelik



Resim 1. Otuz sekizinci gebelik haftasında ki olguya ait servikal teratom; iki boyutlu sonografik görüntü.



Resim 2. Olguya ait 4D sonografik görüntü.

haftasında polikliniğimizde rutin antenatal takibe başlamış ve 29. gebelik haftasında hafif düzeyde polihidramnios (en derin amniotik cep > 65mm, amniotik sıvı indeksi (AFI): 175mm) nedeniyle yakın takibe alınmıştır. Annenin antenatal dönemde maternal diyabet, alkol, sigara, ilaç kullanımı veya herhangi bir ateşli hastalık hikayesi yoktur. Hastadaki mevcut polihidramnios tablosunu açıklayacak gerek maternal gerekse fetal herhangi bir patoloji saptanılmamış olup 38. gebelik haftasında fetal servikal teratom rutin sonografik değerlendirme aşamasında saptanılmıştır. Bu patolojiye 35. gebelik haftasında yapılan fetal sonografide rastlanılmamış olması lezyonun hızlı ve yakın zamanda büyüdüğünün göstergesidir.

Antenatal dönemde servikal teratom ön tanısı konulan olguda postnatal dönemde hava yolları basısına bağlı solunum sıkıntısı olabileceği değerlendirildiğinden olgu, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Çocuk Cerrahisi AD, Pediatri AD yenidoğan ünitesi ve Anesteziyoloji AD uzmanları ile klinik konseyinde görüşülmüş ve abdominal yolla elektif doğum sonrası neonatın entübasyonuna ve gerek duyulursa aynı seansda yeni doğanın operasyona alınarak servikal kitle eksizyonu uygulanmasına karar verilmiştir.

Sezeryan ile doğumu gerçekleştirilen olguda utero-plasental dolaşım desteği devam ederken entübasyon işlemine başlanılmış ve solunum yolu açılmıştır (Resim 3). Endotrakeal tüp ile stabilize



Resim 3. Utero-plasental dolaşım desteği devam ederken entübasyon işlemini gerçekleştirilen fetusun entübasyon sonrası görünümü.

olan olguda kitle ve komşuluklarına yönelik ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi (BT) çekilmiştir. Olgunun yapılan servikal sonografisi soliter, kalsifikasyonlar içeren, boyun ön grup kasları ile komşulukta, larenks distorsiyonu oluşturan 7 x 6 x 5.5 cm ebatlarında teratom ile uyumlu kitle lezyonu olarak rapor edilmiş ve tomografik değerlendirmede de servikal sonografi bulguları doğrulanmıştır.

Olgu postnatal 3. gününde servikal kitle eksizyonu için pediatrik cerrahi kliniğince operasyona alınmıştır. Operasyonda sınırları düzgün ön ve yan yüzde boyun ön grup kaslarına yer yer yapışıklık gösteren larenksi posterolaterale iten kitle lezyonu izlenmiş olup kitlenin tiroid bezi sol lobundan köken aldığı saptanmıştır. Buna bağlı tiroid bezi sol lobu olmadığı izlenmiştir. Kitle posteriorda larenks ve trakeadan dikkatle ayrılarak tamamen çıkartılmıştır. Alınan materyalin patolojik inceleme sonucu 'matür kistik teratom' olarak rapor edilmiştir. Olgu, postoperatif 4. gününde endotrakeal tüpü çekilerek postoperatif 7. günde cerrahi şifa ile taburcu edilmiştir

Tartışma

Tüm teratom olguları içerisinde nadiren (%3) rastlanılan konjenital servikal teratomlar, postnatal dönemde bası etkisi ile ciddi solunum sıkıntısı

oluşturabilecek patolojilerdendir. Postnatal dönemde yeni doğan mortalitesi müdahale edilmediği takdirde lezyonların boyutları ile doğru orantılı olarak artmaktadır. Teratomlar her üç germ yaprağından da (ektoderm, mezoderm ve endoderm) köken alan ve bu germ hücrelerinin değişik derecelerde farklılaşması ile oluşan tümöral lezyonlardır. Vücudun hemen tüm organlarında rastlanılabilen teratomlar, en sık sakrokoksigeal bölge yerleşimli olarak gözlenmektedir. %3-5 oranında ise en sık ön ve lateral yerleşimli olmak üzere yüz ve boyun bölgesinde karşılaşılmaktadır.

Jordan ve Gauderer toplam 163 konjenital servikal teratomlu olguyu incelemişler ve yaşam süresi göz önüne alarak olguları üç gruba ayırmışlardır.⁶ Bunlar;

a-Erken doğanlar

b-Termde solunum zorluğu ile doğanlar

c-Termde solunum sıkıntısı olmadan doğanlar.

Bu üç gruba ait mortalite oranları sırası ile %100, %43.4 ve %2.7 olarak bildirilmiştir. Bizim olgumuz 'b kategorisinde' tanımlanan 'termde solunum zorluğu ile doğanlar' grup içerisinde yer almakta idi.

Konjenital servikal teratom saptanılan olgularda son yıllarda tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelere paralel mortalite ve morbidite oranlarında belirgin bir iyileşme gözlenmektedir.⁷ Antenatal takipte sonografinin daha yaygın ve etkin olarak kullanılması olguların erken tanısında oldukça önem taşımaktadır. Antenatal takipte polihidramnios ve boyun ortahat yerleşimli kitle lezyonu saptanılması ayırıcı tanıda klinisyenlere servikal teratomu düşündürecek sonografik bulgulardır.^{2,3} Bizim olgumuzda saptanılmamış olmasına karşın AFP yüksekliği konjenital servikal teratomlu olgularda sık olarak bildirilmiştir.⁸ Polihidramnios olgularda %19 oranına izlenen önemli bir bulgudur. Olgumuzda polihidramnios varlığı 29. gebelik haftasında tespit edilmiş ve bu maksatla hasta yüksek riskli gebe takip programı içerisinde yakın izleme alınmıştır.

Günümüzde klinik kullanıma giren 4D ultrasonografi ile antenatal dönemde bir çok anormali tanısı kolaylıkla koyulabilmektedir. Özellikle, servikal teratomlar gibi dışa protrüze olma eğilimindeki kitlelerin tanısında 4 boyutlu sonografi klinisyenlere oldukça önemli bilgiler verebilmektedir. Olgumuza 38. gestasyonel haftasında tanı öncelikle 2D ultrasonografi cihaz (Acuson 128 XP/10) ile konulmuş ve gerçek zamanlı 4D sonografi (Voluson 730 Pro) tanımız doğrulanmıştır.

Erken tanı ve multi disiplinler bir takip bu patolojide yaşamsal öneme sahiptir. Konjenital servikal teratomlu olguların doğum aşamasında henüz utero-plasental dolaşım devam ederken bebeğe uygun bir solunum yolunun açılması tedavide en önemli basamaktır. Entübasyonunda güçlük çekilen olgularda trakeostomi bir diğer hava yolu alternatifi olarak düşünülebilir.⁹ Olgumuzda utero-plasental dolaşım devam ederken endotrakeal entübasyon işlemi gerçekleştirilmiş ve solunum yolu devamlılığı sağlanmıştır.

Konjenital teratomların ayırıcı tanısında kistik lenfanjiyom, konjenital guatr, nöroblastoma ve tiroglossal kistler akla getirilmelidirler. Fakat konjenital servikal teratomlarda rastladığımız soliter komponentler ve kitle içi kalsifikasyonların varlığı ayırıcı tanıyı kolaylaştırmaktadır. Olgumuzun antenatal sonografik değerlendirilmesinde yer yer kalsifiye odaklar ve yoğun soliter komponentler izlenmiştir.

Konjenital servikal teratomlar da kitlenin tamamen cerrahi eksizyonu en uygun tedavi şeklidir. Özellikle immatür teratomlar da kitlenin sağlıklı dokulardan ayrılması nükslerin önlenmesi açısından önemlidir. Olgumuzda kitle etraf dokulardan tamamen eksize edilerek total olarak çıkartılmıştır. Postoperatif dönemde yutma güçlüğü solunum

sıkıntısı sık karşılaşılan problemler olarak bildirilmiştir. Bu komplikasyonların tamamının erken postoperatif dönemde kendiliğinden kaybolduğu bildirilmiştir.¹⁰ Olgumuzda post operatif 4. güne kadar solunum sıkıntısı devam etmiş olup ancak 4. günde ekstübe edilebilmiştir.

Sonuç olarak nadiren karşımıza çıkan konjenital servikal teratomlar erken antenatal tanı ve postnatal multidisipliner yaklaşımla tedavi edilebilen aksi halde yüksek mortalite ile seyreden ciddi doğumsal anomalilerdendir.

KAYNAKLAR

1. Green JS, Dickinson FL, Rickett A, Moir A. MRI in the assessment of a new born with cervical teratoma. *Pediatr Radiol* 1998;28:709-10.
2. Elmasalme F, Giacomantonio M, Clark KD, Othman E, Matbouli S. Congenital cervical teratoma in neonates. Case report and review. *Eur Pediatr Surg* 2000;10:252-7.
3. Hany Hassab M, Shadi SM, Al-Olayet YF, Al-Bassam AR. Ten years' experience in the management of cervical teratomas. *Pediatr Surg Int* 1996;11:536-8.
4. Rothschild MA, Catalano P, Urken M, et al. Evaluation and management of congenital cervical teratoma. Case report and review. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1994;120:444-8.
5. Wiatrak BJ, Myer III CM, Bratcher GO. Report of a nasopharyngeal teratoma evaluated with magnetic resonance imaging. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1990;102:186-90.
6. Donegan JO, Cimmings CW, Frederickson JM, Harker LA. Congenital neck masses. *Otolaryngol Head Neck Surg*, Mosby 1986. p.1604-15.
7. Hasiotou M, Vakaki M, Pitsoulakis G, et al. Congenital cervical teratomas. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2004;68:1133-9.
8. Tjalma WA. The value of AFP in congenital cervical teratoma. *J Pediatr Surg* 2003;38:1846-9.
9. Hirose S, Sydorak RM, Tsao K, et al. Spectrum of intrapartum management strategies for giant fetal cervical teratoma. *J Pediatr Surg* 2003;38:446-50.
10. Kerner B, Flaum E, Mathews H, et al. Cervical teratoma: prenatal diagnosis and long-term follow-up. *Prenat Diagn* 1998;18:51-9.